CONSIDÉRATION CLINIQUE

N° 15

SUR LES

PARALYSIES HYSTÉRIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 21 AVRIL 1885

PAR

François-Xavier BOLAÑOS y FUNDORA

Né à CUBA (Amérique centrale)

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES
Rues Durand et Levat

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT (O. ✠ ✠).... DOYEN
GRASSET..... } ASSESSEURS
LANNEGRACE..... }

PROFESSEURS

Clinique médicale	DUPREZ (✠ C. ✠).
Anatomie	BENOIT (✠ ✠).
Clinique médicale	COMBAL (✠ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✠).
Physique médicale	MOITESSIER (✠).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✠).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✠ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale Chargé du cours,	SERRE.
Opérations et appareils id.	CHALOT.
Pathologie externe	N...

MARTINS (O. ✠), COURTY (✠), BOYER (✠), DUMAS (✠), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✠).

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ (✠).
GRYNFELTT.	REGIMBEAU (✠).
DE GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	BLAISE
CARRIEU.	BAUMEL.
MAIRET.	VILLE
CHALOT.	GRANEL.
BIMAR.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CAVALIER, *Président;*
COMBAL, *Professeur;*
CARRIEU, REGIMBEAU } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A la mémoire de ma tante Caroline BOLAÑOS

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS

Les docteurs Vicente IBAÑEZ, Antonio URBANO, Augustin MORALES

F.-X. Bolaños y Fundora.

A Madame la marquise **DEL PARO DE LA MERCED**

A Madame Vicenta Herrera **DE TEJADA DE MARTINEZ**

A MON COUSIN

Le docteur Rafael BOLAÑOS

A MON COUSIN

Justo BOLAÑOS

A MON COUSIN

Hypolito SOLIS

Infinitas gracias.

A MESSIEURS

BRAMMA Père et Fils

A MES AMIS

Antonio RIAÑO, Juan ALBELO, Enrique ZAMORA
Evaristo MARTINEZ

F.-X. Bolaños y Fundora.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur CAVALIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MM. LES PROFESSEURS

COMBAL, GRASSET, JAUMES, BERTIN, CASTAN
ESTOR, LANNEGRACE

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

PÉCHOLIER, REGIMBEAU, MOSSÉ, CARRIEU, TÉDENAT
CHALOT, GRYNFELTT, MAIRET, VILLE, BAUMEL

A M. le docteur SURDUN

Témoignage de ma reconnaissance.

F.-X. Bolaños y Fundora.

A MON MEILLEUR AMI

Le docteur Matias RUBIO

A mon Ami le docteur **PARDIÑAS**

A mes Amis les docteurs

Juan MEDINA, PLANAS y VIVES, Fernandez d'ARMENTEROS, Pierre ALLEMANE, MASSO y VERDAGUER, Roberto de TEXEIRA, Alfredo de LATORRE y Pedro MOREU, REMIREZ.

A MES MAITRES

A TOUS MES AMIS

F.-X. Bolaños y Fundora.

INTRODUCTION

Appelé à exercer la médecine dans un pays où les influences climatériques et sociales engendrent trop souvent l'hystérie, nous avons toujours observé avec beaucoup d'intérêt cette névrose, dont les formes nombreuses et variées échappent parfois aux cliniciens.

Parmi les manifestations assez fréquentes qui nous ont frappé, nous signalerons les troubles moteurs, les paralysies hystériques, au sujet desquelles, malgré les nombreux travaux qui ont été publiés, les auteurs sont encore loin d'être arrivés à toute la précision désirable.

Pendant notre stage dans les hôpitaux de Montpellier, nos Maîtres ont souvent attiré notre attention sur ce point. Un cas assez intéressant de paralysie hystérique que nous avons pu suivre dans toutes ses phases, au service de la clinique médicale, nous a engagé à choisir ce sujet pour notre Thèse inaugurale.

Nous ne prétendons pas apporter rien de nouveau à la question; nous chercherons à résumer l'état actuel des connaissances, en y joignant nos propres observations, importantes pour le diagnostic et le traitement.

Qu'il nous soit permis de remercier sincèrement M. le professeur Combal et M. le professeur agrégé Mossé des conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer. M. le professeur agrégé Regimbeau a eu l'obligeance de nous faire assister à ses séances particulières d'électrisation ; qu'il veuille bien accepter aussi tous nos remerciements. La magnifique installation de son cabinet d'électricité, qui ne le cède en rien à ceux des grandes villes, nous a offert de précieux enseignements, que nous serons heureux de mettre à profit dans notre pays.

CONSIDÉRATION CLINIQUE

SUR LES

PARALYSIES HYSTÉRIQUES

DÉFINITION. — DIVISION

L'hystérie s'accompagne d'un certain nombre d'accidents, dont les plus fréquents sont des troubles paralytiques. Pour les caractériser, nous ne pouvons mieux faire que de donner la définition de M. Noël Guéneau de Mussy (1).

« Qu'est-ce qu'une paralysie hystérique, dit-il ? C'est une paralysie développée chez un hystérique, qui ne peut être rattachée à aucune autre condition morbide connue, et qui, dans sa terminaison, participe des caractères observés dans les névropathies hystériques. »

Bernutz, dans son article sur l'hystérie, du *Dictionnaire* de Jaccoud, considère la paralysie comme une manifestation symptomatique possible de l'hystérie ; elle se présente

(1) Guéneau de Mussy : Leçons cliniques sur la paralysie hystérique. (Union médicale, 1867.)

dans ce cas, soit liée à l'anesthésie, soit sans perte de la sensibilité, ce qui est beaucoup moins commun.

La paralysie hystérique, dit-il, en comprenant sous ce nom tous les cas dans lesquels la contractilité des muscles volontaires est peu ou beaucoup lésée, c'est-à dire depuis le simple affaiblissement des membres jusqu'à leur résolution complète, est une manifestation très commune de l'hystérie, lorsqu'on ne fait pas le départ des faits dans lesquels coexiste l'anesthésie.

Lebreton (1) distingue deux grandes classes de paralysies de nature hystérique : ce sont les paralysies de la sensibilité, désignées aussi sous le nom d'anesthésies, et les paralysies de la motilité, auxquelles on donne quelquefois le nom d'acinèses ou d'akinésies. Ces paralysies peuvent être générales ou bien elles peuvent n'occuper qu'un côté du corps, qu'un membre ou bien des organes plus ou moins importants.

Il est remarquable qu'alors qu'elles atteignent un côté du corps, ce soit le côté gauche qui soit le plus souvent affecté.

Faut-il admettre avec Weber que cette singularité tienne au plus de sensibilité du côté gauche, ou bien, avec M. Moulin, qu'elle soit due à l'imperfection relative de ce même côté ? C'est un point qu'on n'a pu encore résoudre.

La paralysie musculaire, que nous nous proposons surtout d'étudier ici, peut affecter les organes de la vie de relation ou bien ceux de la vie végétative. Au point de vue des régions atteintes, on peut diviser les akinésies hystériques en : hémiplégie, paraplégie, paralysies partielles et paralysies viscérales. L'akinésie est très fréquente

(1) Lebreton : Des différentes variétés de la paralysie hystérique. (Thèse de Paris, 1868, n° 111.)

dans l'hystérie. Briquet indique, dans le tableau suivant, les muscles le plus souvent intéressés.

Hémiplégie du côté gauche.	46	Paralysie des deux membres supérieurs	5
Paraplégie	18	Paralysie du membre inférieur gauche	4
Hémiplégie droite	14	Paralysie des muscles du larynx	3
Paralysie du membre supérieur gauche	7	Paralysie du membre supérieur droit	2
Paralysie des muscles du tronc et des quatre membres	6	Paralysie du diaphragme	2
Paralysie des muscles de la face	6		

Dans la statistique de Landouzy, qui est plus intéressante à cause de la plus grande intensité de la paralysie dans tous les cas, on trouve que la paralysie hystérique a été générale dans trois cas, hémiplégique dans quatorze, dont huit à gauche, paraplégique dans neuf, ce qui, en ajoutant les points particuliers de la statistique de Briquet, permet de dire que la paralysie hystérique atteint trois fois plus souvent les membres gauches que les droits, porte très fréquemment sur les membres inférieurs et très rarement sur les muscles de la face.

HISTORIQUE

Hippocrate a raconté, dans son IIe livre des *Épidémies* (2e section, § 8, traduction de Littré, 1832), l'histoire d'une jeune fille atteinte, à la suite de suppression des règles, de paralysie du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche, sans aucune altération de l'intelligence et sans déviation des traits de la face. L'amélioration survint le vingtième jour, lors de l'apparition des règles. Mais il faut ensuite arriver à la fin du siècle dernier pour trouver de véritables exemples d'hémiplégie hystérique signalés dans les auteurs.

Mesnet a cité l'observation d'un jeune homme hystérique présentant une hémiplégie gauche caractérisée, non par une perte complète des mouvements, mais par une faiblesse, et surtout par une anesthésie de tout ce côté.

Le malade, très affaibli, mourut, et à l'autopsie, il fut impossible de trouver des lésions appréciables capables d'expliquer les phénomènes paralytiques.

Sydenham, dans sa lettre sur la passion hystérique, cite un cas d'hémiplégie qui s'était montré dans cette névrose.

En 1837, Sir Brodie, non seulement accumule des faits d'akinésie de cette nature, mais le premier, il insiste sur les erreurs auxquelles peuvent donner lieu les paralysies qui se présentent sous la forme de paraplégie. Il indique le problème sans le résoudre.

Piorry, dans ses *Cliniques de la Pitié*, attira le premier l'attention sur les troubles de la sensibilité qui précèdent ou accompagnent souvent la paralysie hystérique.

Macario, Gendrin, Landouzy, Besançon, Sandras, Beau, ont publié d'excellents travaux sur toutes les manifestations de cette maladie. L'école anglaise, de son côté, représentée surtout par Leacock et Tood, apporte de nombreux et précieux documents à l'histoire de l'hystérie.

En 1840, Leacock fit paraître son ouvrage : *A reatise on the nervous deseases of women London.*

Après lui, en 1843, Tood publia dans le *The Lancet* les *Lecture on hysteria.* Il insiste sur les nombreux symptômes qui précèdent, accompagnent, suivent la paralysie hystérique et lui donnent sa physionomie propre (clou, gastralgie, bâillements, toux, éternuements hystériques, vomissements, céphalalgie, troubles pelviens, contractures), toutes choses réunies qui constituent ce que ces auteurs ont appelé *local hysteria*, et dont l'ensemble forme le *diathesis hysterical.*

En France, Valleix, Landry, Sedillot, Lassègue, Philippeaux, publièrent des ouvrages originaux. Duchenne (de Boulogne) appliqua l'électricité aux paralysies de toute cause. Il consacra quelques beaux chapitres au sujet qui nous occupe dans son travail intitulé : *Electrisation localisée.* (*Affections musculaires hystériques*, p. 111 et suivantes, 3e édition, Paris, 1872.) Briquet observa près de cinq cents cas d'hystérie, ce qui lui permit d'écrire sur ce sujet un ouvrage magistral, dans lequel on peut relever de nombreux cas de paralysie hystérique. (*Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Paris, 1859.)

En 1863, Lebreton prit comme sujet de sa Thèse inaugurale les *Paralysies hystériques.*

Onimus et Legros continuent à Paris l'œuvre com-

mencée par Duchenne. Ils apportent de nouveaux éléments au diagnostic par l'électricité des diverses paralysies, et à leur traitement par les courants induits et les courants constants.

A la Salpêtrière, Charcot classe les phénomènes hystériques et, dans de remarquables observations, leur donne à chacun leur valeur de diagnostic. (*Leçons sur la paralysie et la contracture hystérique*, 1872.)

Les journaux de médecine de Paris renferment assez souvent des faits qu'il a relevés à ce sujet : *Monoplégie du bras et de la jambe de nature hystérique.* (*Gazette des hôpitaux*, 11 décembre 1883.) *Hémiplégie hystérique.* (*Progrès médical*, 15 mars 1884.)

Bourneville, s'inspirant des idées de Charcot, a fait paraître des monographies intéressantes sur la thermométrie dans les maladies nerveuses et sur les contractures hystériques.

Enfin, récemment, il nous a été donné de suivre à la clinique médicale un fait qui présentait plusieurs points intéressants.

Observation Première

(Personnelle)

Paraplégie avec hémiplégie gauche de nature hystérique. Ces troubles de la motilité sont rétablis en quelques jours à la jambe droite ; après trois mois seulement dans le côté gauche, sous l'influence des courants induits, des courants continus descendants et de l'électricité statique.

Marie Avissous, vingt-six ans, repasseuse, née à Castres (Tarn), maigre, nerveuse, d'un caractère bizarre, facilement irritable, mène depuis quelques années une vie irrégulière.

Genre de vie antérieure.— A vingt-trois ans, elle quitte sa famille sous le prétexte d'aller servir, et vit maritalement avec un individu garçon de café à Béziers, Narbonne, Nimes, Montpellier. Elle

n'aurait pas fait, dit-elle, d'excès de boisson ni de coït et n'a eu de relations qu'avec son amant.

Elle habite Montpellier depuis cinq mois environ, ne sort pas de chez elle et travaille peu, n'ayant que rarement de l'ouvrage.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel mort jeune. Grand'mère paternelle morte à soixante-cinq ans, sans infirmités.

Grand'mère maternelle vit encore; quatre-vingt-cinq ans, sans aucune maladie.

Père se porte bien ; cinquante ans environ. Mère, quarante-cinq ans ; pas nerveuse.

N'a eu qu'une sœur plus jeune qu'elle, qui se porte très bien et n'a jamais eu de crises de nerfs.

Antécédents pathologiques. — D'une bonne constitution, d'une complexion moyenne, elle n'a jamais eu de véritables maladies ; se souvient vaguement d'une fluxion de poitrine étant très jeune; n'a jamais souffert de la tête; n'a jamais eu de crises de nerfs.

Malgré toutes nos recherches, il nous a été impossible de trouver des traces quelconques de syphilis; la malade affirme n'avoir jamais eu aucun des accidents de cette diathèse. Jamais de rhumatismes chez elle ni dans sa famille.

Antécédents physiologiques.— La menstruation ne s'est manifestée chez cette femme que très tard, à dix-huit ans; avant d'être réglée elle était pâle, maigre et d'une santé délicate. Les règles ont été d'abord très abondantes, quelquefois pendant huit jours, mais sans coliques ni douleurs lombaires. Plus tard, elles ont eu une moindre durée et se sont toujours présentées d'une manière régulière chaque mois.

Elle n'a jamais été enceinte, bien qu'elle eût des relations avec son amant depuis trois ans. Depuis deux ans environ, elle a des pertes blanches assez abondantes, qui diminuent ou augmentent suivant l'époque plus ou moins éloignée de la période menstruelle, mais persistent, malgré les traitements suivis depuis quelques mois ; pourtant elles seraient réduites à très peu de chose.

HISTORIQUE DE LA MALADIE ACTUELLE

Arrivée à Montpellier depuis le commencement de l'été, Marie Avissous habite une chambre placée sous les toits et fortement

surchauffée par le soleil. Elle sue beaucoup, dit-elle, surtout de la tête ; jamais de céphalalgie.

Samedi 2 août 1884. — Les règles étaient venues comme d'ordinaire, mais peu abondantes.

Lundi 4. — Règles peu abondantes. Elle souffre de tout le côté gauche de la tête et de l'œil gauche ; elle met des sinapismes aux jambes, qui la soulagent.

Mardi 5. — Règles commencent à disparaître ; elle va laver du linge au lavoir public et se mouille presque tout le corps ; en même temps, elle suait beaucoup par suite de la fatigue.

Mercredi 6.— Dès le matin, elle se sentit fatiguée, mais retourna au lavoir pour achever sa lessive.

Jeudi 7. — En se levant, elle commença à sentir que son talon gauche était comme endormi ; la fatigue avait augmenté. Quelques heures plus tard, voulant lever le bras pour étendre son linge, elle s'aperçut que le bras gauche faiblissait; elle le soulevait péniblement et ne pouvait le maintenir longtemps. Tous les mouvements étaient conservés, et elle remuait parfaitement les doigts ; mais la force de contraction musculaire était considérablement diminuée. Dans l'après-midi, elle fit son ménage ; la nuit fut calme.

Vendredi 8. — Les troubles de la motilité dans le bras gauche ont augmenté ; elle ne peut se peigner ; le bras est presque inerte. En même temps, elle traîne péniblement la jambe gauche, dans laquelle elle éprouve des fourmillements intenses et de l'engourdissement; elle ne sent pas le sol sur lequel elle marche. Elle va trouver un pharmacien, qui lui conseille de se faire soigner.

Samedi 9. — La nuit a été assez bonne ; elle éprouve de grandes difficultés pour se lever ; la motilité est considérablement affaiblie dans les membres inférieurs ; les fourmillements persistent. Une personne lui ayant dit de siffler, elle n'a pu le faire.

Dimanche 10. — Elle ne put absolument pas se lever, et on fit appeler M. le docteur Surdun, qui porta un diagnostic d'hémiplégie à *frigore*, puisque la malade se refroidissait souvent à cause des sueurs surabondantes qu'elle endurait dans une toute petite chambre très fortement surchauffée, fenêtre laissée ouverte la nuit, deux journées successives de fortes lessives, etc., etc. Il administra de l'ipéca en vomitif, ce qui produisit une grande

amélioration. Puis il conseilla la poudre de Dower et des vésicatoires.

La malade refusa le médicament et s'abstint de mettre les vésicatoires, parce qu'elle ne se trouvait pas dans les conditions (personne pour la soigner, manque de linge, chaleur excessive, etc.) qui eussent favorisé leur application et leur entretien, sinon leur efficacité.

Nota. — Cette malade, depuis bien longtemps, vivait moralement et matériellement d'une façon déplorable, s'inquiétait beaucoup, se nourrissait fort mal, manquait du strict nécessaire ; en résumé, était soumise depuis longtemps à des causes déprimantes multipliées.

La première prescription fut du bromure à haute dose, mais ne fut pas prise ou continuée ; refus absolu de la malade.

Etat actuel — Entrée à l'hôpital Saint-Eloi, le 19 août, dans le service de M. le professeur Combal, salle Sainte-Marie, n° 10.

Mercredi 20. — Pâle, un peu abattue, amaigrie, dans le décubitus dorsal, elle est très préoccupée de son état. On ne constate pas de fièvre.

La motilité est complètement abolie dans les deux jambes et dans le membre supérieur gauche ; si on les soulève, ils retombent inertes (paraplégie avec hémiplégie). Depuis hier se manifestent des troubles de la miction et de la défécation. La malade urine dans son lit et va à la selle sans pouvoir se retenir ; les sphincters vésical et anal ont perdu leur contractilité. Cet état fâcheux persiste près de quinze jours.

Il y a une sensation de fourmillement très marquée, surtout dans le membre inférieur gauche. La sensibilité à la douleur est diminuée peut-être, mais conservée ; elle sent les piqûres d'épingle et peut en préciser le siège. L'application d'un corps froid exagère le fourmillement et ne donne lieu qu'à une vague sensation de froid.

La face ne présente rien de particulier ; le côté gauche est peut-être un peu affaissé ; la langue n'est pas déviée ; il n'y a pas de troubles de la vue ni de l'ouïe.

Les mouvements réflexes sont conservés dans la jambe droite, mais à peu près abolis dans la gauche. Avec des courants induits d'une pile de Gaiffe, la réaction électrique des muscles est nulle dans tout le côté gauche.

L'examen de divers organes et appareils n'indique rien. Il n'y a pas de douleur de tête ; on ne trouve rien au cœur, rien aux pou-

mons. Elle n'éprouve pas de douleur de ventre ; la compression des ovaires n'est pas douloureuse. Les divers moyens d'exploration de l'appareil génital ne montrent aucune altération de l'utérus et de ses annexes.

Bromure de potassium
Iodure de potassium } 4 grammes
Sirop d'écorce d'orange amère, 250 grammes.
Deux cuillerées par jour.

Frictions générales avec de l'eau tiède vinaigrée pour produire une réaction à la peau. Purger de temps en temps avec eau de Sedlitz. Electrisation des muscles des membres supérieur et inférieur gauches avec les courants induits d'un appareil de Gaiffe.

26 août. — En quelques jours, après de simples frictions vinaigrées, la motilité revient à la jambe droite. L'hémiplégie, au contraire, persiste ; mais, dès le second ou le troisième jour, la réaction électrique des muscles, qui était nulle d'abord, se réveille et augmente de plus en plus.

Les sphincters également reprennent leur énergie ; la malade commence à retenir ses urines et depuis deux jours elle est constipée.

Lavement avec séné..... 8 grammes
Sulfate de soude..... 15 id.

Un verre eau de Balaruc tous les deux à trois jours.

29 août. — Les règles, qui étaient venues la dernière fois du 2 au 5 août, avançent et reparaissent pour durer quatre à cinq jours, comme à l'état normal.

Mois de septembre. — Les règles ont manqué.

Octobre. — Ce qui frappe dans les premiers jours d'octobre, à l'examen de cette malade, c'est la diminution considérable du volume des masses musculaires des membres gauches, paralysés.

M. le professeur agrégé Mossé, suppléant M. Combal à la clinique médicale, maintient d'abord l'électrisation des muscles au moyen des courants induits, à laquelle il associera dans quelques jours l'électrisation de la moelle au moyen des courants induits descendants.

La malade commence à pouvoir soulever de mieux en mieux son bras et sa jambe gauches, qui étaient, au début, complètement iner-

tes ; elle porte son bras à la hauteur de la tête, puis sur la tête ; la paralysie diminue de jour en jour. La force musculaire du bras est encore faible, autant qu'on peut l'apprécier en disant à la malade de serrer la main aussi fort que possible, mais elle augmente d'une manière sensible.

Les troubles de la sensibilité ont à peu près complètement disparu ; il n'y a plus de sensation de fourmillement. Les sensations de piqûre, de froid, sont nettement perçues.

Les phénomènes de nutrition se font moins bien du côté paralysé que de l'autre. La malade se plaint d'avoir froid au côté gauche ; le pied et la main se refroidissent très vite dès qu'elle les découvre et sont le siège d'une transpiration abondante et froide.

11 octobre. — Elle n'a pas eu ses règles de la fin septembre ; elle ne s'explique pas ce retard ; habituellement, les menstruations étaient régulières et avançaient même.

Depuis quelques jours, exposée à des courants d'air froid, elle éprouve des douleurs névralgiques dans tout le côté droit. L'examen de la bouche montre une très mauvaise dentition.

21 octobre. — La malade, qui a complètement gardé le lit jusqu'à ce jour, commence à se lever une heure ou deux.

La paralysie a une tendance progressive à disparaître ; les mouvements du bras gauche sont plus étendus ; elle commence à pouvoir marcher et va d'une extrémité de salle à l'autre ; mais les muscles se fatiguent vite ; si elle ne prend garde de se reposer, le genou fléchit, et elle se laisserait tomber. Elle ne peut parvenir à saisir un objet ; sa main et son bras tremblent aussitôt, et elle lâche ce qu'elle tient.

M. Mossé prescrit des courants continus descendants le long de la colonne vertébrale ; pôle positif à la nuque, pôle négatif à la région lombaire ; 10, puis 15, puis 20 éléments d'une pile au sulfate de cuivre sont employés pendant dix minutes. On termine par l'électrisation des masses musculaires des membres supérieur et inférieur gauches, en déplaçant continuellement les tampons.

25 octobre. — La malade est plus solide sur ses jambes et serre mieux l'objet qu'on place dans sa main.

Les masses musculaires des bras et des jambes sont encore sensiblement diminuées, mais augmentent.

30 octobre. — Les règles ont encore manqué pour la deuxième fois, au mois d'octobre ; elle n'a éprouvé ni douleur de reins ni coli-

ques. Les pertes blanches ont à peu près complètement disparu.

L'amélioration progressive des troubles de la motilité a été très considérable pendant tout le mois d'octobre.

11 novembre. — La malade est envoyée chez M. Regimbeau pour y être soumise à l'action de l'électricité statique sur le tabouret électrique.

Trois fois la semaine, soutenue d'un côté par une femme et ayant de l'autre une canne, elle peut se rendre au cabinet d'électricité de M. Regimbeau, distant de l'hôpital de plus de deux cents mètres. (Nous avons assisté à toutes les séances pour mieux suivre les résultats du traitement.) D'abord très fatiguée et marchant très lentement, elle éprouve peu à peu une augmentation de forces dans les jambes, qui fléchissent de moins en moins. On constate toujours du tremblement des membres après de fortes contractions. Après chaque séance d'électricité, la malade éprouve des maux de tête, des vertiges. L'appétit revient, la maigreur diminue.

19 décembre. — Sans aucune douleur de ventre, sans phénomènes préalables, les règles sont enfin revenues pour la première fois depuis plusieurs mois ; elles ont été très abondantes et très rouges pendant trois jours ; à la fin, il y a eu quelques pertes blanches.

22 décembre. — La malade demande sa sortie pour retourner dans son pays ; la motilité n'est pas encore totalement revenue à l'état normal, mais on peut dire qu'il en sera bientôt ainsi. Elle se tient fort bien sur la jambe autrefois paralysée et ne fléchit pas ; au membre supérieur, il y a un peu de diminution de forces et quelques tremblements, mais tous les mouvements sont possibles sans trop de peine.

Si on examine les masses musculaires du côté gauche, on constate encore un amaigrissement notable, très évident surtout en établissant une comparaison avec le côté sain ; ainsi, au mollet et au bras, il y a une diminution dans le diamètre de plus de 1 centimètre ; de même, au tronc, les muscles de l'épaule sont aplatis et moins saillants du côté malade que du côté sain.

1er mars. — La sœur du service médical nous communique une lettre qu'elle vient de recevoir de la malade, actuellement dans sa famille. Les troubles paralytiques ont complètement disparu, paraît-il, et la malade assure être guérie.

Réflexions. — Cette observation présente de nombreux points intéressants, que nous allons passer successivement en revue.

Au point de vue des causes, notre malade n'a jamais eu de crises d'hystérie, mais le genre de vie qu'elle menait a développé chez elle un état hystérique manifeste. Il pouvait sembler, au premier abord, que le refroidissement jouerait le plus grand rôle; une plus longue observation a permis de s'éclairer plus complètement sur ce point.

Le début de la paralysie a été lent et graduel, commençant par le talon gauche et gagnant progressivement la jambe et le membre supérieur du même côté. Pendant quelques jours, la jambe droite a été elle-même légèrement atteinte. Il y a eu aussi des troubles de la miction et de la défécation, mais ces derniers accidents se sont amoindris rapidement. La face a été à peu près indemne; les troubles de la sensibilité n'ont eu que peu de durée. Il n'y a pas eu de points rachialgiques.

Les mouvements réflexes ont été abolis. Un fait important, c'est que la réaction électrique des muscles a été complètement abolie pendant deux jours et ne s'est réveillée que peu à peu, après plusieurs séances d'électrisation faradique.

Contrairement à ce qu'on observe dans les paralysies hystériques, ce qui a frappé chez notre malade, vers le troisième mois de la paralysie, c'est une diminution considérable du volume des masses musculaires des membres paralysés comparés à ceux du côté sain. Il est vrai de dire qu'il s'agissait du côté gauche, et que d'ordinaire il y a moins de force que du côté droit ; mais dans le cas actuel, le diamètre des mollets et des avant-bras, mesurés au même niveau, diffère de près de 1 centimètre.

On conçoit que dans de telles conditions le diagnostic

ait été longtemps discuté, aussi pourrait-on croire à une paralysie rhumatismale ; mais l'amélioration lentement progressive sous l'influence du traitement par l'électricité, le retour de la menstruation, enfin la guérison, ont permis d'arriver à une plus grande précision, en montrant que ces troubles moteurs étaient de nature hystérique.

ETIOLOGIE

Les causes de paralysie hystérique sont celles de l'hystérie, mais quelques-unes semblent plus particulièrement liées à l'apparition des paralysies hystériques ; nous allons les passer successivement en revue.

CAUSES GÉNÉRALES PRÉDISPOSANTES

Au point de vue du sexe, l'hystérie est une affection qui appartient surtout aux femmes ; on doit admettre néanmoins aujourd'hui la possibilité de l'existence de cette névrose chez l'homme.

Briquet (1) cite sept observations de paralysie hystérique chez l'homme, et l'une d'elles signale une paralysie des quatre membres. Mesnet (2) rapporte également un cas.

L'âge influe beaucoup ; les paralysies hystériques ne se montrent guère que dans la période d'activité sexuelle ; la plupart des observations portent sur des sujets de dix-sept à quarante ans.

Nous devons signaler aussi l'influence des climats chauds et des saisons du printemps et de l'été sur les conditions qui président au développement de l'hystérie.

(1) Briquet : Traité clinique de l'hystérie. (Paris, 1859.)
(2) Des paralysies hystériques. (Thèse de Paris, 1852.)

L'hérédité joue encore un grand rôle.

M. Briquet donne comme cause occasionnelle des paralysies un grand nombre de motifs, qu'il range sous huit chefs :

1° Attaques hystériques convulsives ; ces violentes crises peuvent expliquer certaines hémiplégies, en songeant à la grande fatigue qui suit ces secousses et qui, chez le malade non devenu paralytique, se manifeste par une grande faiblesse durant quelquefois plusieurs heures ;

2° Les affections morales vives et brusques, par la perturbation qu'elles impriment à tout le système nerveux, source de paralysie, comme nous l'indiquerons plus loin ;

3° Les attaques spasmodiques suivies de léthargie ;

4° Les fatigues excessives de tout genre pouvant produire l'anémie ;

5° La suppression brusque des menstrues, d'où différents troubles généraux, et par suite état nerveux et ensuite paralysie ;

6° La disparition d'un des signes de l'hystérie, et qui alors est remplacé par le phénomène paralysie ;

7° Les maladies étrangères déterminant dans la convalescence l'apparition de l'hystérie et de la paralysie (fièvre thyphoïde, rhumatismes, diarrhée avec colique, fièvres intermittentes prolongées) ;

8° Enfin, la chlorose.

La chlorose a de grandes connexions avec l'hystérie et surtout avec les paralysies hystériques. Pour Trousseau et Pidoux, l'hystérie ne serait qu'une variété de chlorose.

PHYSIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les auteurs sont loin de s'entendre sur cette importante question, qui nécessite encore bien des recherches.

Piorry, Macario, Gendrin, Landouzy, Leroy (d'Etioles), attribuent la paralysie à la déperdition du flux nerveux après les attaques.

Pour Brodie, Romberg, Masse, Winslow, Franque, il n'y a pas trouble dans l'innervation spinale; la transmission peut se faire, mais c'est l'impulsion motrice elle-même qui ou bien fait défaut ou bien n'est pas assez puissante pour amener des manifestations. M. Jaccoud émet la même opinion ; pour lui, les phénomènes de paralysie doivent être attribués non à un trouble de l'innervation spinale, non à une impuissance des muscles, mais à une déchéance de l'innervation centrale avec défaut d'excitation motrice; c'est l'impulsion motrice elle-même qui ou fait défaut ou n'a pas assez de puissance pour amener une manifestation; c'est une véritable névrolyse avec perte d'excitabilité par épuisement.

Eichmann pense qu'il y a une altération dans la nutrition des centres nerveux. Niemeyer est à peu près du même avis. La paralysie, suivant lui, *est d'origine centrale.*

Il n'y a pas d'altération de structure, mais troubles de la nutrition, légers et faciles à réparer dans les centres nerveux de la volonté. D'autres hypothèses attribuent à des

organes différents la causalité des productions des phénomènes paralytiques. Valérieux reconnaît pour cause l'affaiblissement de polarité électrique des muscles. Du Bois-Raymond a démontré l'existence des courants électriques musculaires. L'idée de Valérieux semble s'appuyer sur un fait physiologique évident; mais la démonstration en est encore impossible. Barnier, réunissant les deux théories de l'épuisement nerveux et de la localisation dans les muscles, attribue la paralysie à une adynamie des nerfs musculaires.

Macario (1), dans un nouveau travail, s'élève contre l'opinion qui reconnaît à la paralysie hystérique une origine centrale ; il pense qu'il n'y a là qu'une lésion exclusivement périphérique. Il y aurait perte de l'influx nerveux dans les extrémités nerveuses qui se distribuent aux parties paralysées.

Valentiner, qui reconnaît comme cause à la paralysie un défaut de nutrition de la substance nerveuse, pense également que la source n'est pas centrale, mais bien que la paralysie est d'origine périphérique.

Brown-Sequard considérait la paralysie hystérique comme une paralysie réflexe des altérations de l'utérus ou de ses annexes. Cette opinion ne saurait être acceptée. Ces paralysies constituent une classe à part.

Enfin, il est une dernière hypothèse, dans laquelle on rattache la paralysie à la fois au centre et à la partie périphérique du système nerveux. Telle est l'opinion de Henrot et de Bénédikt.

On ne trouve pas dans la paralysie hystérique une altération pathologique spéciale. Des autopsies assez nombreuses de femmes atteintes de paralysies hystériques

(1) Macario : Mémoire sur les paralysies dynamiques. (Paris, 1857.)

diverses ont été faites ; mais les lésions anatomiques qu'on a pu rencontrer sont bien insignifiantes. Habituellement, on ne découvre aucune altération ni dans la moelle ni dans les muscles.

« Les changements souvent rapides qui s'opèrent dans la marche des paralysies hystériques, surtout la disparition imprévue de ces paralysies, prouvent, dit Niemeyer, qu'elles ne sont pas déterminées par des altérations de texture graves, comme les paralysies apoplectiques, mais par des troubles de la nutrition, plus légers et plus faciles à réparer. »

SYMPTOMATOLOGIE

C'est habituellement chez des personnes manifestement hystériques qu'on voit survenir les troubles nerveux qui font l'objet de ce travail. Les phénomènes de paralysie hystérique peuvent se manifester brusquement ou d'une manière lente et graduelle. Si la paralysie se fait brusquement, c'est habituellement sans perte de connaissance, et si cette dernière existe, l'aspect de la face diffère de celui qu'on observe à la suite des apoplexies par maladie cérébrale, soit congestion, soit ramollissement, soit hémorrhagie. Il n'y a véritablement pas perte de connaissance, mais syncope, survenant au milieu ou après une crise d'hystérie.

De plus, la paralysie porte rarement sur les muscles animés par le facial.

Observation II

(Thèse du Dr Coronel)

Hémiplégie hystérique gauche, avec hémianesthésie du même côté, à la suite de crises violentes.

Françoise B..., âgée de dix-neuf ans, tisseuse à Lyon, est admise à l'hôpital le 30 juillet 1867.

A dix ans, cette fille eut une chorée qui dura deux mois et céda à l'emploi de grands bains. Elle jouit ensuite d'une assez bonne santé

jusqu'à dix-huit ans. A cette époque, et à la suite de violents chagrins, elle commença à éprouver des symptômes d'hystérie, bourdonnements d'oreilles, vertiges, convulsions, etc. Enfin, il y a deux mois, crises violentes et hémiplégie. Depuis lors, la menstruation est supprimée.

A son entrée à l'hôpital, on constate chez notre malade une anesthésie complète des téguments de la moitié gauche du corps (face, tronc et membres).

Le bras et la jambe gauches sont le siège d'un affaiblissement très marqué ; les muscles de la face, au contraire, sont indemnes. La langue n'est pas déviée ; la parole et la mastication sont naturelles. La contractilité musculaire est intacte, mais la sensibilité électro-musculaire est diminuée dans le bras et la jambe gauches ; elle est conservée à la face, où, malgré l'anesthésie des téguments, la faradisation développe une vive douleur.

Traitement. — Grands bains, électrisation antispasmodique.

Observation III

(Thèse du Dr Lebreton)

Hémiplégie survenant subitement du côté gauche

M. ., trente ans, blanchisseuse, bonne constitution. Pas de maladies graves antérieures ; elle aurait eu, étant jeune, des attaques d'hystérie, mais qui n'ont plus paru depuis dix ans. Elle est cependant d'un caractère très impressionnable, pleure facilement et a souvent une sensation de strangulation. Pas de syphilis, pas de douleurs rhumatismales ni chez elle ni chez ses ascendants.

Entrée à l'Hôtel-Dieu le 22 mars 1868, deux mois avant, elle a été prise brusquement, le soir après son repas, et en dehors du temps de ses règles, de maux de cœur, nausées, vomissements. Elle se couche, espérant que ce malaise se dissipera, et lorsqu'au bout de quelques heures, elle veut se lever, elle reconnaît que tout le côté gauche de son corps est paralysé. Elle est transportée à la Charité ; elle y reste trois semaines et sort au bout de ce temps, ne pouvant se servir ni de son bras ni de sa jambe.

A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, l'hémiplégie est incomplète ; pas de paralysie faciale, pas de céphalalgie ni de douleurs en ceinture. Les organes des sens ne présentent pas d'anesthésie. La marche est possible, quoique très difficile ; le bras gauche est à demi fléchi, légèrement contracturé, ainsi que les doigts de la main.

Les mouvements y sont impossibles, la sensibilité est conservée du côté paralysé. Pas de paralysie de la vessie ni du rectum. Pas de douleurs rachidiennes. L'état général reste excellent.

Traitement tonique et bains sulfureux. De temps en temps surviennent dans les membres paralysés des douleurs lancinantes, comme cela arrive assez souvent dans les membres qui doivent bientôt reprendre leurs fonctions. En effet, la marche devient au bout de peu de temps facile. La malade ne traîne plus la jambe, ou bien cela arrive lorsqu'elle est fortement émue. Les mouvements ne reparaissent que dans le bras gauche. La malade continue du reste son traitement.

Si la paralysie s'établit lentement, elle est généralement progressive, c'est-à-dire qu'elle envahit d'abord un membre, puis un autre et ainsi de suite. Elle débute presque toujours par un membre inférieur, et plus souvent par le membre inférieur gauche, puis gagne le membre supérieur du même côté, le membre inférieur du côté opposé, et enfin le membre supérieur droit, envahissant ainsi les quatre membres dans un espace de temps qui peut varier de quelques heures à plusieurs mois.

Quelquefois elle frappe d'abord un côté ; l'hémiplégie persiste quelque temps, et plus tard, souvent à la suite de contractures, l'autre côté perd à son tour le mouvement. Dans ce cas, c'est généralement le côté gauche qui est paralysé le premier. Le début de la paralysie est annoncé et accompagné de céphalalgie, d'engourdissement et de fourmillement dans les membres.

La paralysie *siège* le plus souvent à gauche ; très rarement on observe en même temps une paralysie faciale.

On a vu assez souvent la vessie et les muscles du larynx paralysés en même temps que ceux des quatre membres, et quelques auteurs ont signalé la paralysie de l'œsophage. Mais s'il peut y avoir aphonie et dysphagie, il n'y a jamais de dyspepsie ni de troubles respiratoires sérieux. Les muscles du thorax et du cou restent indemnes, et c'est là un des bons caractères de la paralysie hystérique.

Si on considère le *degré* de la paralysie, elle est rarement complète, ou tout au moins l'abolition absolue de la motilité ne persiste pas longtemps. Le plus souvent elle est incomplète et consiste en une paresse ou un simple affaiblissement, qu'on peut mesurer au dynamomètre.

Il y a un abaissement de *température* dans les membres paralysés. On peut attribuer ce refroidissement à un ralentissement de la circulation capillaire, à une paralysie des vaso-moteurs, qui nous explique en même temps l'ischémie de la peau que l'on observe souvent chez les hystériques sur les membres paralysés et anesthésiés. Ce refroidissement des extrémités existait dans le fait que nous avons observé nous-même (Observ. 1re).

Les *mouvements réflexes*, loin d'être exagérés, comme dans les paralysies d'origine cérébrale, sont rares et diminués.

L'exploration électrique des membres paralysés fournit des signes qui, d'après Duchenne (de Boulogne), suffiraient pour caractériser une paralysie hystérique. La contractilité électro-musculaire, au dire de cet auteur, est normale. La sensibilité électro-musculaire est au contraire diminuée ou affaiblie. Malheureusement, cette proposition n'est pas rigoureusement exacte; il y a des cas de paralysie hystérique où la sensibilité électro-musculaire est loin d'être diminuée, et des paralysies non hystériques où

cette sensibilité est également abolie. Bénédikt a montré que la contractilité électro-musculaire est quelquefois diminuée ; ce fait a été très évident pendant quelques jours dans notre Observation.

Onimus et Legros (1) indiquent quelques caractères électriques propres, selon eux, à éclaircir le diagnostic des paralysies hystériques. Avec des courants continus à travers la tête, on modifie les troubles de la paralysie hystérique, tandis qu'on n'a aucune action sur les troubles moteurs dus à une embolie cérébrale ou à un épanchement sanguin.

Si on électrise la moelle avec les courants continus, la contractilité est plutôt diminuée qu'augmentée, tandis qu'elle reste la même pour les courants induits. On peut déjà être certain que la paralysie n'est pas périphérique. L'électrisation des nerfs périphériques ou des nerfs de la moelle avec des courants continus montre que, même lorsque la sensibilité est abolie, le courant ascendant donne des contractions plus étendues et plus énergiques que le courant descendant.

Les contractions sont toujours plus fortes en électrisant les nerfs moteurs que lorsqu'on électrise directement la fibre musculaire.

« On pourrait encore se fonder, ajoutent Onimus et Legros, sur ce fait, qu'en électrisant la moelle avec un courant ascendant, on augmente en général, dans les paralysies hystériques, les phénomènes d'excitation, tandis que cela arrive bien plus difficilement dans les cas de tumeurs ou d'hémorrhagies avec lesquels on pourrait les confondre. »

(1) Onimus et Legros : Traité d'électricité médicale. (1872.)

Quelle que soit la durée de la paralysie hystérique, elle n'intéresse presque jamais la nutrition des muscles ; on n'observe ni atrophie ni amaigrissement, et le bon état des membres frappés d'impuissance est un des meilleurs caractères des akinésies hystériques. Si à l'aide du crochet perfectionné de Mitteldoff on extrait, par une piqûre d'un muscle, une partie de ce dernier, on ne trouve, en examinant au microscope, aucune altération appréciable, peut-être un peu d'anémie.

Un état hystérique intense accompagne habituellement la paralysie hystérique.

L'anesthésie cutanée coïncide presque toujours avec l'akinésie et l'a souvent précédée ; elle est habituellement distribuée comme elle ; quelquefois, elle revêt cette forme demi-anesthésie complète, si caractéristique qu'on a pu la considérer longtemps comme pathognomonique de l'hystérie. Tantôt il y a seulement anesthésie tactile, tantôt analgésie, le plus souvent tous les modes de la sensibilité sont abolis à la fois.

Pour Briquet, l'anesthésie hystérique n'est pas seulement cutanée, mais elle envahit les parties profondes des membres, les muscles, les os.

Parfois, au lieu d'anesthésie, il y a hyperesthésie des membres paralysés.

Briquet regardait les contractions des membres paralysés comme un phénomène rare dans l'hystérie. Elles sont, au contraire, assez fréquentes, se montrent rarement avant la paralysie, ordinairement en même temps qu'elle, ou surviennent plus tard, pour persister plus ou moins longtemps, quelquefois indéfiniment.

Ordinairement, les paralysies hystériques apparaissent sans fièvre et ne s'accompagnent pas de *symptômes généraux* autres que ceux qui dépendent de la chlorose.

Cependant, Lebreton (1) dit avoir observé, dans quelques cas de paralysie nettement hystérique, de la céphalalgie, de la fièvre, de l'insomnie, des troubles digestifs.

(1) Lebreton : Des paralysies hystériques. (Thèse de Paris, 1868.)

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

La marche des paralysies hystériques est des plus variables. Survenues brusquement à la suite d'une attaque, elles peuvent disparaître de même à la prochaine crise, après une durée plus ou moins longue. Assez souvent, les troubles paralytiques s'atténuent graduellement jusqu'à ce que la motilité et la sensibilité soient revenues à l'état normal. Parfois, dans le cours de cette amélioration progressive, une nouvelle crise survenant aggrave les phénomènes de paralysie déjà existants ou en produit d'autres ; ainsi, au lieu d'une hémiplégie, on peut avoir une paralysie des quatre membres.

La durée est ainsi très variable, rarement fugitive dans les quatre membres ; elle peut osciller entre quelques semaines et des années.

Dans la grande majorité des cas, la durée de la paralysie hystérique complète est longue ; on peut même poser en règle qu'elle est la plus rebelle de toutes les akinésies de cette nature à tous les traitements.

Celles qui sont accompagnées de troubles pelviens présentent le plus souvent une persistance et une immobilité désespérantes.

La contracture est une des causes qui font le plus varier la durée de la paralysie hystérique ; quand on la voit

s'ajouter à la paralysie, on peut affirmer que cette dernière sera longue.

Si les lésions persistent plus de cinq années, on ne peut plus en prévoir le terme, la durée est indéterminée, car Charcot a signalé, dans un cas semblable, une sclérose des cordons antéro-latéraux.

La terminaison est brusque ou graduelle.

La terminaison brusque appartient à la paralysie hystérique; elle a lieu spontanément à la suite d'une cause morale.

La terminaison graduelle se produit ordinairement sous l'influence du traitement. Ainsi, quand l'état général s'améliore, quand les règles supprimées apparaissent, ou, si elles existaient, deviennent régulières et normales, on voit peu à peu la paralysie diminuer. Les récidives peuvent avoir lieu.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des paralysies hystériques est en général facile et repose sur l'ensemble des phénomènes qui caractérisent la névrose.

Dans tous les cas de paralysie chez les personnes jeunes, surtout chez les femmes, il faut rechercher avant tout s'il n'y a pas quelques symptômes de l'hystérie ; on interroge dans ce but les antécédents et les dispositions des malades.

Les phénomènes précurseurs, tels que fourmillements, et l'ensemble des caractères qu'on observe plus tard aident beaucoup dans le diagnostic. Dès le début, la paralysie n'est pas complète ; elle commence principalement par le membre inférieur.

Mais il est des cas où l'on se trouve très embarrassé pour poser un diagnostic. Les phénomènes signalés comme caractéristiques des paralysies hystériques sont loin d'être constants ; si un ou plusieurs viennent à manquer, il peut être difficile, sinon impossible d'établir un diagnostic précis.

Peut-on compter, en effet, sur l'*anesthésie* dans le diagnostic des paralysies hystériques ? Dans une thèse faite sous l'inspiration du professeur Germain Sée, M. Huchard (1) est venu renverser cette idée.

(1) Huchard : De la paraplégie hystérique sans anesthésie. (Thèse de Paris, 1881, n° 44, t. XI.)

L'opinion générale en France est que l'anesthésie est le symptôme capital de l'hystérie, qu'on le retrouve dans toutes les manifestations de cette maladie et qu'il en facilite ainsi le diagnostic.

On pense que l'anesthésie est, sinon un symptôme constant et permanent, mais du moins qu'il est excessivement rare de le trouver absent ; qu'il ne manque alors que pendant un temps relativement court, avant ou immédiatement après les grandes secousses morales, et que l'anesthésie disparue momentanément reparaît bientôt en un point ou en un autre.

En un mot, un hystérique ne serait jamais complètement indemne de troubles de la sensibilité pour peu qu'on le maintînt en observation pendant un temps assez long.

Cette opinion juste et vraie en général parut au docteur Huchard trop absolue, et c'est à rappeler des faits contradictoires qu'il destine sa Thèse.

Il rapporte trois observations absolument indiscutables, puisque dans les trois cas la guérison a eu lieu brusquement ou rapidement. Aussi, à son avis, l'absence d'anesthésie ne doit pas faire rejeter absolument la probabilité d'une affection hystérique.

Observation IV

(Thèse de Paris, Huchard, 1881)

Paraplégie hystérique sans anesthésie. — Guérison. — Absence de tous les autres symptômes d'hystérie.

Joséphine Ch..., quarante ans, couturière, entre, le 10 avril 1880, dans le service de M. le professeur G. Sée.

Vigoureuse, au tempérament sanguin très accentué, à la face rouge et couverte de capillaires dilatés, le cou court, le tronc

vigoureux et bien développé, les membres bien musclés; l'état général paraît très bon.

Réglée à treize ans et demi, la menstruation a été depuis très irrégulière; tantôt elle restait deux ou trois mois sans avoir ses règles, et d'autres fois elle était réglée régulièrement pendant six ou sept mois.

A seize ans, elle a été atteinte de chloro-anémie avec accidents nerveux hystériformes, qui ont guéri en quelque mois sous l'influence d'un traitement par le fer et l'hydrothérapie.

A dix-sept ans, elle se met en ménage, et à dix-huit ans, elle est atteinte d'un chancre à la vulve, qui fut soigné au dispensaire de Montpellier par le professeur Courty.

Pendant plus d'une année, Joséphine a pris des pilules au proto-iodure d'hydrargyre et de l'iodure de potassium.

Ce traitement ne l'a pas mise à l'abri des manifestations habituelles de la syphilis, qu'elle a eues dans l'ordre suivant: roséole, généralisée au bout de six semaines à deux mois; plaques muqueuses à la bouche, à la gorge et à l'anus; chute des cheveux et des sourcils; céphalalgie tenace et nocturne.

Les accidents se sont arrêtés là, et depuis, la malade n'a jamais eu de manifestations extérieures de la syphilis. Sa voix, un peu nasonnée, pourrait laisser croire qu'elle a eu une perforation de la voûte du palais; mais il n'en est rien.

Deux ans après l'apparition du chancre, elle devint enceinte et avorta à quatre mois.

Une deuxième grossesse, survenue six mois après, se termina de la même façon.

Depuis lors, sa santé a toujours été bonne, et sauf quelques cauchemars assez persistants dont elle se plaint beaucoup, son existence a été assez tranquille.

Elle paraît alcoolique à un léger degré, car elle a un peu de tremblement des mains. Elle n'a pas de pituite le matin, et n'avoue pas faire d'excès de boissons alcooliques.

Son père est mort très âgé d'une maladie accidentelle; sa mère, qui était très nerveuse, est également morte à un âge très avancé.

Il y a six ans, elle a eu, pendant un mois à six semaines, des attaques de gastralgie très intenses qui ont tout à fait disparu.

Quatorze ans après avoir eu la syphilis, c'est-à-dire à l'âge de trente et un ans, elle fut prise tout à coup, à la suite d'une dispute avec son mari, *d'une paralysie complète des membres inférieurs.*

Cette paralysie, survenue brusquement en une heure ou deux, sans prodromes, sans manifestations prémonitoires de syphilis ou d'hystérie, sans attaques de nerfs, sans modifications du caractère, qui, au dire de la malade, aurait toujours été calme et tranquille. Cependant, nous verrons dans le cours de l'observation qu'elle se faisait probablement illusion.

Admise à l'hôpital Beaujon, elle y reste une année entière et plus.

La paraplégie était complète aux membres, qui étaient flasques, mais la vessie et le rectum continuèrent à fonctionner régulièrement pendant toute la durée de la paraplégie.

Il n'y eut ni anesthésie, ni hyperesthésie des membres inférieurs, ni douleurs lancinantes, fulgurantes ou autres.

En raison de ses antécédents spécifiques, J. Ch... fut traitée par le sirop de Gibert et l'hydrothérapie.

Vers le quinzième mois de sa maladie, elle guérit subitement, sans que rien eût provoqué en apparence cette guérison.

Un matin elle demanda à sortir, et put se lever sans que rien l'eût préparée à cette brusque terminaison de sa paralysie.

Elle n'éprouva ni fourmillement ni engourdissement dans les membres qui avaient été le siège de la paralysie. Elle put reprendre ses occupations, vaquer à ses affaires comme si elle n'avait jamais été malade.

Deux ans après cette guérison inespérée, et à la suite d'une vive émotion provoquée par le suicide d'un voisin, elle devint subitement aphone et resta telle pendant un mois. L'aphonie disparut à l'époque menstruelle suivante.

Tout récemment, c'est-à-dire neuf ans après sa sortie de Beaujon, elle fut prise de douleurs dans la région dorsale. Ces douleurs étaient fixes et continues ; elles occupèrent la partie inférieure du dos et la région lombaire. En même temps, ses jambes commencèrent si bien à faiblir que la malade se trouvait presque dans l'impossibilité de se soutenir sur ses membres. Elle était atteinte d'une *paralysie complète des membres inférieurs*. Elle dut donc cesser tout travail et ne tarda pas à entrer à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu ; c'est alors que nous la vîmes à la salle Sainte-Jeanne, où nous constatâmes l'état suivant :

D'abord la paraplégie est complète ; Joséphine Ch... est absolument incapable de détacher les pieds du lit ; les mouvements volontaires sont totalement abolis.

Au contraire, les mouvements réflexes sont conservés, quoique certainement affaiblis. La contractilité électrique est bien conservée, et les muscles de toutes les régions des deux membres inférieurs se contractent énergiquement sous l'influence des courants faradiques. De même les courants galvaniques sont parfaitement sentis par la malade.

Pas de contracture ; la paraplégie est complètement flasque. Les membres, soulevés au-dessus du lit, retombent lourdement d'une seule masse, et la malade est incapable de les maintenir élevés au-dessus du plan horizontal. Pas de contractions fibrillaires, pas de raideur, pas de tremblement.

Le réflexe rotulien est presque nul ; ce n'est que très difficilement qu'on arrive à provoquer le soulèvement de la pointe du pied, par une percussion même énergique du tendon rotulien. La nutrition des membres inférieurs paraît excellente ; nulle part, trace d'amaigrissement ou d'atrophie ; les masses musculaires des mollets se dessinent bien,et le pannicule adipeux est encore très suffisamment développé.

La sensibilité est intacte partout et dans tous les modes ; jamais le moindre affaiblissement, jamais la moindre perversion, la peau est partout sensible comme à l'état normal.

La sensibilité au toucher, à la douleur, au chatouillement, à la température, est absolument normale. Le chatouillement de la plante des pieds provoque des deux côtés des contractions réflexes, énergiques et presque normales ; sur toute la surface du corps on ne trouve pas trace d'anesthésie. La piqûre de la peau, faite avec une fine épingle, saigne au premier coup. Il n'y a pas non plus d'hyperesthésie ou de zone sensible et excitable dont la pression ou l'irritation soit pénible à la malade. Donc, aucune trace d'hyperesthésie sur toute l'étendue des téguments des membres inférieurs.

La pression exercée au niveau des ovaires où, pour parler plus correctement, au niveau de la région ovarienne, ne détermine également aucune gêne chez la malade.

Cependant la pression exercée au niveau de la région épigastrique est douloureuse. A cette douleur, il faut ajouter une douleur beaucoup plus vive ayant son siège sur le trajet de la colonne vertébrale, entre les deux dernières vertèbres dorsales et la première lombaire. Cette douleur n'est pas exclusivement localisée au niveau de la

portion osseuse de la colonne vertébrale, mais paraît même plus marquée en dehors d'elle, c'est-à-dire au niveau de la masse des muscles lombaires. La pression à cet endroit est très douloureuse.

L'examen minutieux de la colonne vertébrale ne laisse découvrir aucune trace de saillie anormale, soit sur la ligne médiane même, soit sur les parties latérales. Rien n'indique par conséquent l'existence du mal vertébral de Pott. Il n'existe aucune trace de gibbosité, et dans les mouvements de flexion et d'extension que l'on fait exécuter à la malade, on ne découvre rien d'anormal. Il n'existe aucun gonflement de la portion osseuse et des parties molles voisines.

Lorsqu'on soulève la malade par les épaules et qu'on la laisse retomber sur le sol, on ne détermine aucune douleur du côté du rachis.

En outre, elle n'a jamais eu à se plaindre de crampes ou de contractures. Elle n'a jamais eu de fièvre ni de sueurs nocturnes. Enfin, l'examen ne laisse constater aucune trace de tubercule, soit du côté du poumon, soit du côté du péritoine.

Les sens, explorés avec soin, n'ont pas montré de troubles fonctionnels. L'odorat est excellent des deux côtés, et la malade a parfaitement reconnu toutes les substances odorantes que nous lui avons présentées, c'est-à-dire la menthe, l'essence de citron, l'asa fœtida, l'ammoniaque, l'éther et le chloroforme, qui n'ont provoqué chez elle aucune excitabilité anormale, aucune attaque hystérique.

La vue est normale ; toutes les couleurs sont bien perçues, le vert, le violet et les couleurs de confusion aussi bien que les autres. Elle est égale des deux côtés. Les cornées et les conjonctives sont parfaitement sensibles, et on ne peut essayer de les toucher sans provoquer des mouvement réflexes très énergiques. Il en est de même des réflexes pharyngiens, qui sont très bien conservés ; il n'y a certainement pas d'anesthésie du pharynx ou de l'isthme du gosier. Le goût et l'ouïe sont intacts, et je m'en suis assuré à plusieurs reprises.

En résumé, il n'existe aucune trace d'anesthésie, et en fait de troubles de la sensibilité, il ne nous a été possible d'observer, tant que la malade est restée à l'hôpital, que l'hyperesthésie de la région épigastrique et la rachialgie ; et cependant, nous n'avons jamais laissé passer un seul jour sans l'examiner avec le plus grand soin.

Les troubles viscéraux ou fonctionnels généraux sont nuls. La

miction est restée régulière du commencement à la fin, et jamais il n'a été besoin de sonder la malade. L'appétit est faible ou nul, très capricieux, et porte surtout sur les aliments très assaisonnés. Il existe une constipation opiniâtre ; la malade ne va à la selle qu'une ou deux fois par semaine, encore faut-il lui donner souvent des purgatifs.

Les appareils de la circulation et de la respiration ne présentent rien d'anormal.

L'urine est pâle, abondante. Il y en a environ 1,800 grammes par vingt-quatre heures et seulement 12 grammes d'urée par litre.

Le caractère de J. Ch... est, quoi qu'elle en dise, insupportable, éminemment variable dans ses opinions et ses appréciations ; elle se dispute presque chaque jour avec quelqu'une des malades de la salle, et sa confiance à notre égard varie d'un jour à l'autre d'une façon étonnante.

Elle est d'une sensiblerie anormale, pleure facilement et rit de même, s'emporte et se met en colère pour les motifs les plus futiles ; son intelligence est au-dessous de la moyenne et son instruction est nulle.

J. Ch..., pour tout traitement, prend une douche chaque matin. Au bout d'un mois, elle commence à marcher, mais elle a de la peine à se soutenir sur ses jambes, qui fléchissent sous elle. Aussi la voit-on s'appuyer d'une main à la barre des lits de la salle. De temps en temps elle fait quelques pas toute seule, mais alors le sentiment de la fatigue se prononce chez elle très rapidement. Elle marche avec beaucoup de lenteur, mais d'une façon normale, régulière, sans tourner les jambes de côté et d'autre, comme les ataxiques.

Dans le lit, elle exécute tous les mouvements qu'on lui ordonne de faire, mais toujours avec une assez grande lenteur.

Après un séjour de six semaines à l'hôpital, et alors que la veille encore elle paraissait impotente et à demi paralysée, elle demanda sa sortie, et put s'en aller à pied chez elle, sans aucune gêne et sans faiblesse.

Nous prîmes l'adresse de cette malade, et nous allâmes la voir plusieurs fois. Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie ; la malade va et vient comme si de rien n'était. Elle a repris son travail de couturière, et se livre aussi, croyons-nous, dans une certaine mesure, à la prostitution clandestine.

Quoi qu'il en soit, six mois après sa guérison, il n'y a pas eu de rechute, et il n'existe pas encore aujourd'hui de troubles de la sensibilité tactile.

« Y a-t-il des symptômes qui permettent de porter un diagnostic différentiel entre une paralysie hystérique sans anesthésie, survenue spontanément chez une femme qui n'a pas eu d'attaques de nerfs, et une myélite chronique à la période d'état, ne se traduisant en symptomatologie que par une paralysie complète ou incomplète des membres inférieurs, sans anesthésie, sans hyperesthésie, sans douleur fulgurante ?

» C'est en vain que nous les avons recherchés ; le diagnostic nous semble impossible ; on est condamné à l'erreur ou tout au moins on doute jusqu'au jour où la terminaison d'une façon ou de l'autre permet de s'assurer du diagnostic. Le mode de terminaison, la marche et l'évolution sont les différences principales qui permettront, mais trop tard, de faire le diagnostic.

» Autant il est rare qu'une myélite chronique guérisse brusquement ou rapidement, autant il est fréquent dans l'hystérie de voir une paralysie qui existait depuis plusieurs mois ou plusieurs années disparaître subitement ou rapidement, tantôt sans causes appréciables, tantôt après une vive émotion, tantôt après une attaque de nerfs. »

Nous avons cru utile de reproduire ici les conclusions du travail de M. Huchard.

Il existe donc des cas de paraplégie hystérique sans anesthésie d'aucun point de la surface du corps, et cela pendant toute la durée de la paraplégie.

Comme la paraplégie hystérique avec anesthésie, celle-ci

est susceptible d'apparaître brusquement et de guérir de même.

Elle peut être la première manifestation de l'hystérie et la seule pendant longtemps, ce qui en rend le diagnostic souvent très difficile.

L'absence d'anesthésie pendant une longue période est cependant un fait très rare, et dont la possibilité était au moins mise en doute par la plupart des auteurs.

Il nous est impossible de dire ce que deviennent ces malades, si plus tard l'hystérie se manifeste par les symptômes habituels et si l'anesthésie peut se développer ultérieurement.

L'existence d'une paraplégie déjà ancienne et survenue rapidement ou brusquement chez une femme ou une jeune fille, limitée au mouvement et existant indépendamment de tous autres symptômes, doit faire songer à l'hystérie, même en dehors de toute trace d'anesthésie. En effet, l'évolution seule de la maladie, sa guérison subite, permettront souvent de vérifier le diagnostic.

La *réaction électrique* des muscles, sur la conservation de laquelle on compte beaucoup pour caractériser les paralysies hystériques, peut aussi manquer.

« Lorsque la paralysie hystérique est pure de toute complication, dit Bernutz, les muscles restent sensibles au passage du courant électrique, contrairement à ce qu'on voit dans les paralysies symptomatiques d'affections cérébrales en foyer, et ce fait peut, comme l'a indiqué Duchenne (de Boulogne), être considéré comme un signe différentiel très important. Malheureusement, il est rare, lorsque la paralysie est très marquée et donne lieu à une perte complète ou presque complète de la contractilité d'un ou plusieurs membres, ou même seulement de quelques-uns des muscles d'un membre, qu'elle soit pure de toute complication Elle peut

être associée à l'anesthésie cutanée, ce qui est très fréquent ; alors la perte de la sensibilité de la peau augmente beaucoup la gêne des mouvements des membres. Elle peut être compliquée de l'anesthésie des muscles, dont la contractilité est alors abolie, et qui deviennent par ce fait *insensibles au passage du courant électrique ;* de sorte que dans ce cas, le signe différentiel indiqué par Duchenne (de Boulogne) est absolument de nulle valeur. Enfin, les muscles paralysés, au lieu d'être dans la résolution, peuvent être le siège d'une contracture. »

Dans les cas que nous avons observés nous-même, cette réaction électrique a complètement manqué pendant tous les premiers jours.

Enfin, comme on a pu le voir encore dans notre cas, la paralysie hystérique peut se réaliser chez des personnes qui n'ont jamais eu d'attaques de nerfs ni d'autres manifestations de l'hystérie.

Le diagnostic différentiel doit être fait :

1° D'avec les paralysies d'origine cérébrale.

Les paralysies des quatre membres sont rares à la suite de *lésions en foyer* (hémorrhagies, ramollissements, tumeurs) ; la forme hémiplégique est caractéristique des lésions cérébrales.

La paralysie hystérique, suivant Bernutz, attaque trois fois plus souvent les membres gauches que les droits, atteint très fréquemment les membres inférieurs et très rarement les muscles de la face. Cette notion, surtout celle de la fréquence à gauche de la paralysie hystérique, peut être très utile pour le diagnostic différentiel, souvent embarrassant, de ces troubles dynamiques de la névrose et des affections cérébrales en foyer.

Nous avons vu que le début de la paralysie hystérique peut être tantôt lent et graduel, et précédé alors d'engourdissement et de fourmillement des parties qui doivent être frappées, tantôt au contraire brusque, subit comme celui d'une apoplexie ; mais il y a surtout chez les hystériques un désaccord frappant entre la perte du mouvement et la conservation de l'intelligence.

Les paralysies dues à des *attaques congestives* (urémie, éclampsie, épilepsie), se distinguent par leur température élevée.

Les *paralysies de la méningite* sont accompagnées des signes classiques de cette maladie : vomissements, constipation, céphalalgie, etc. Voici les principaux caractères que Rendu assigne à ces paralysies : « Les paralysies permanentes ou incomplètes (ces dernières sont les plus communes) surviennent tantôt à la suite de petites secousses convulsives, en général peu intenses, tantôt graduellement, au milieu d'un coma progressif. Elles siègent de préférence sur l'un des côtés du corps, peuvent être générales ou partielles, envahir à la fois les membres et plusieurs nerfs crâniens. Il existe des relations fréquentes de succession et de coïncidence entre ces paralysies et d'autres troubles de la motilité, tels que convulsions et contractures. Presque toujours la sensibilité est simultanément atteinte, rarement sous forme d'hyperesthésie, ordinairement sous forme d'anesthésie ; mais les altérations de la sensibilité ne correspondent pas exactement à celles du mouvement, et la sensibilité réflexe est très peu modifiée. »

La *paralysie générale progressive* atteint rarement les jeunes femmes, et en outre, le tableau symptomatique est différent.

2° D'avec les paralysies liées à des lésions de la moelle.

Dans les *affections chroniques*, dans les *myélites paren-*

chymateuses et dans les *scléroses fasciculées*, un symptôme unique, la paralysie, peut se présenter au début et rester longtemps isolé; c'est alors que le diagnostic sera difficile et que, si la malade est une jeune femme, on pourra hésiter à rapporter la paralysie à l'hystérie ou à une lésion organique de la moelle. Mais en analysant avec soin la symptomatologie médullaire, on trouve facilement des caractères propres aux lésions organiques, et que l'on n'observe jamais ni dans l'hystérie ni dans aucune des affections susceptibles de déterminer des troubles moteurs sans lésions des centres nerveux.

Une paralysie débutant brusquement chez un hystérique à la suite d'une chute, d'un accident de chemin de fer, pourrait faire songer à une lésion traumatique de la moelle (hémato-myélite, hémato-rachie, ramollissement aigu, compression brusque). On cherchera s'il n'existe aucune déviation vertébrale, aucune saillie du côté du pharynx, et si le squelette n'est pas le siège d'une douleur bien fixe, c'est-à-dire s'il n'y a pas fracture ni luxation.

La *myélite ascendante aiguë à frigore* se distingue par sa marche rapide, mais régulièrement ascendante. La paralysie envahit les membres inférieurs, puis le tronc et les bras; elle est précédée de fourmillement et d'engourdissement dans les membres, de douleur le long de la colonne vertébrale, sans troubles digestifs ou pelviens.

La sensibilité électro-cutanée est en grande partie conservée, tandis que la contractilité et la sensibilité électro-musculaire sont diminuées, sinon abolies ; il n'y a jamais anesthésie des muscles ni des os, comme dans l'hystérie; le sujet a conscience que sa peau est insensible ; dans l'hystérie, le malade ignore son anesthésie. Si la mort ne survient pas en huit ou dix jours, les muscles s'atrophient. Quelquefois il y a guérison, mais la marche rétrograde est lente,

régulière, jamais brusque, comme dans l'hystérie. Enfin, au début il y a des symptômes généraux, une fièvre souvent assez vive, que l'on n'observe jamais au début des paralysies hystériques.

Une *compression lente de la moelle* par une tumeur syphilitique ou un mal de Pott pourrait déterminer une paralysie des quatre membres, imputable au premier abord à l'hystérie ; mais on ne tarde pas à voir survenir tous les troubles de la compression lente de la moelle (névrites, douleurs, troubles trophiques); il n'y a d'abord que paresse et plus tard, rapidement, les troubles moteurs deviennent prédominants. La confusion ne pourra être de longue durée.

La *paralysie générale spinale* se complique rapidement de perte de la contractilité électrique et d'atrophie musculaire, au contraire des paralysies hystériques.

La *sclérose antéro-latérale* se distingue par sa marche régulière, progressive ; commençant par les membres supérieurs ou les inférieurs, elle s'accompagne de contractions fibrillaires, d'atrophie musculaire, de rigidité spasmodique, de contractures, et produit des déformations permanentes.

La *sclérose en plaque* débute parfois par une parésie des membres, mais bientôt les symptômes céphaliques viennent rendre le diagnostic indiscutable.

L'*ataxie locomotrice* est facile à distinguer pour peu qu'on y prête attention. Nous croyons utile de présenter à ce sujet un fait qui nous a été communiqué récemment.

———

Observation V

(Recueillie par M. Daudel, dans le cabinet électrothérapique de M. le professeur-agrégé Regimbeau).

Troubles nerveux hystériques datant de onze mois et simulant une ataxie locomotrice. — Traitement par l'électricité statique et les étincelles électriques. — Guérison.

Mlle X..., brodeuse, vingt et un ans, née à Sommières (Gard), s'est présentée chez M. Regimbeau, le 6 novembre 1884.

D'une forte complexion, d'une taille élevée, d'une musculature développée, elle a toutes les apparences d'une bonne santé.

Pas d'antécédents héréditaires ; le père et la mère ont toujours joui d'une parfaite santé.

Comme antécédents personnels, irritabilité, onanisme.

Mlle X... répond nettement aux questions posées et se souvient exactement de toutes les phases de sa maladie. Elle dit être malade depuis onze mois. Elle a éprouvé d'abord des éblouissements, des vertiges, puis de la dyspepsie ; elle a toujours eu bon appétit, mais les aliments, qui étaient parfaitement digérés certains jours, lui pesaient sur l'estomac certains autres. Elle a éprouvé des spasmes gastriques, des ballonnements et des hoquets après les repas ; l'épigastre était ballonné.

Il y a eu, en outre, des troubles de la vue, éblouissements, nébulosités devant les yeux, photophobie, strabisme externe de l'œil droit, des bondissements du cœur au moment des crises. Deux crises gastralgiques se produisent chaque jour après minuit ; constipation continuelle, polyurie.

Les crises consistaient en des crampes d'estomac avec nausées acides, sensation d'étouffement montant de l'épigastre à la gorge, où se produisait la sensation d'un grattement ; la tête se prenait totalement et les muscles de la nuque se raidissaient. La durée de la crise était d'une heure au plus ; les pesanteurs d'estomac continuaient, mais cessaient quelquefois. Il n'y a pas eu de douleurs fulgurantes.

La malade avait la marche chancelante, peu assurée, mais elle ne s'en était pas aperçue au début ; ce sont ses parents qui le lui firent

remarquer. Plus tard survinrent des fourmillements, des picotements aux faces plantaires, avec sensation de la marche sur du coton. La direction de la marche était très incertaine dans l'obscurité. Elle a eu fréquemment des rêves effrayants : cadavres, apparition de parents décédés.

En dehors des crises, elle n'éprouvait qu'une fatigue générale. Son caractère était changé ; elle s'affligeait facilement. Elle ne pouvait supporter les odeurs fortes. Aucun point douloureux du côté de la colonne vertébrale, ni pendant les crises ni en dehors des crises.

Elle attribue son état à deux frayeurs qu'elle aurait eues quelque temps avant sa maladie. A deux reprises, elle a eu des émotions morales : une première fois deux mois avant son mariage, qui a eu lieu il y a sept à huit mois ; la seconde, deux mois et demi après, il y a aujourd'hui environ six mois et demi, à la suite d'une absence de ses règles.

Sa façon de répondre a parfaitement laissé voir que c'est le conjoint qui la préoccupe, et non le mari.

Elle a été traitée comme gastralgique.

Réflexions. — Les symptômes éprouvés par la malade pourraient faire incliner le diagnostic vers une sorte d'ataxie locomotrice (troubles de la vue, désordre de l'œil droit, vertiges, éblouissements, gastralgie, constipation, polyurie, fourmillement aux faces plantaires, sensation de la marche sur du coton, marche chancelante, surtout dans l'obscurité, etc). Mais si l'on tient compte des sensations épigastriques ascendantes, du grattement dans la gorge, de la cranialgie, du tétanisme des muscles de la nuque, du genre des rêves, de l'absence de douleurs fulgurantes, de l'absence des règles deux mois et demi après le mariage, des sensations éprouvées par la malade, de la réponse évasive sur la cause de ces malaises, de la polyurie, de la constipation, étant acquis, d'un côté, que l'ataxie locomotrice frappe rarement la femme, nous devons songer à une autre maladie, à une maladie de la moelle, et penser

que nous avons affaire à une forme d'hystérie. C'est en se plaçant à ce dernier point de vue que M. le professeur agrégé Regimbeau a institué le traitement suivant :

Dès le 6 novembre, électrisation statique (tabouret électrique) et étincelles : 1° sur la colonne vertébrale, pour amender la myélite ; 2° sur les flancs, au-devant des fosses iliaques, pour réagir sur le côlon et combattre la constipation. Ce mode de traitement, continué pendant les neuf jours suivants, pendant dix minutes au début, puis vingt, et enfin une demi-heure, a amené une amélioration progressive dans la myélite, et la constipation a fini par disparaître. M. Regimbeau pense pouvoir renvoyer la malade complètement guérie dans cinq à six jours.

Le diagnostic d'avec les paralysies sans lésions organiques présente parfois de nombreuses difficultés.

Jaccoud, dans son livre des *Paralysies*, a classé dans l'ordre pathogénique suivant les variétés de perte du mouvement dans les membres qui pourraient être confondues avec l'hystérie :

1° Paralysies ischémiques..... | Embolies des artères spinales.

2° Paralysies dyscrasiques..... { Hémorrhagies abondantes. / Oligocythémie.

3° Paralysies toxiques.....

Poisons minéraux... { Plomb. / Mercure. / Arsenic. / Phosphore. / Oxyde de carbone. / Sulfure de carbone.

Poisons végétaux... { Alcool. / Tabac. / Camphre. / Copahu. / Champignons. / Ergot de seigle. / Lathyrus sativus.

- Poisons animaux... | Venin des reptiles.
- 4° Paralysies fonctionnelles.....
  - A *Frigore*.
  - Puerpérales.
- 5° Paralysies dans les maladies aiguës et chroniques.
  - Aiguës.....
    - Paralysies précoces.
      - Fièvre typhoïde.
      - Typhus.
      - Variole.
      - Fièvre intermittente.
      - Erysipèle.
    - Paralysies tardives.
      - Maladies typhoïdes.
      - Dyssenterie.
      - Fièvre éruptive.
      - Dyphthérie.
  - Constitutionnelles...
    - Rhumatisme.
    - Goutte.
    - Syphilis.
  - Cachectiques.....
    - Chlorose.
    - Cachexie paludéenne.
    - Pellagre.
    - Béribéri.
  - Névroses.. .....
    - Hystérie.
    - Chorée.
    - Epilepsie.
    - Emotion.

Nous n'insisterons pas sur ces divers points, ce qui nous entraînerait trop loin ; il suffit d'ailleurs de les indiquer. C'est au clinicien à en faire ensuite l'application au lit du malade.

PRONOSTIC

Le pronostic pris en général n'est pas grave. La guérison apparaît avec les menstrues ou bien se montre à la fin d'une maladie survenue chez les malades.

Les paralysies des quatre membres sont plus graves que les autres ; leur durée est plus longue, l'état hystérique est intense.

La motilité n'arrive jamais, d'après Onimus et Legros, qu'après la cessation des crises nerveuses.

La chlorose influe beaucoup sur la marche de la paralysie.

Les antécédents héréditaires aggravent encore le pronostic.

Les complications modifient aussi le pronostic. La marche envahissante de l'anesthésie, l'abolition complète de certains organes des sens et les phénomènes du côté de la vessie ou de l'intestin seront tout autant de signes fâcheux, surtout les derniers, qui ne sont pas des phénomènes habituels de la paralysie hystérique.

L'existence de lésions utérines chroniques modifie le pronostic, et avant de traiter la paralysie, il importe de faire disparaître les lésions des organes génitaux qui, par l'irritation dont ils sont atteints, maintiennent et exaspèrent l'excitabilité du système nerveux.

Mais il ne faut jamais désespérer, car l'hystérie étant une maladie protéiforme, on peut voir survenir la guérison au moment où l'on y pense le moins.

Observation VI

RÉSUMÉE

(Citée par M. G. Sée, à sa clinique de l'Hôtel-Dieu)

Paraplégie hystérique.— Pas d'anesthésie.— Début brusque.— Guérison subite. Jamais d'autres symptômes d'hystérie

Il s'agit dans cette observation d'une jeune fille pensionnaire, qui se trouvait dans un couvent fondé par un compatriote d'Alsace.

Cette jeune fille, mal réglée, n'avait pas d'antécédents nerveux héréditaires ou personnels.

Jamais elle n'avait eu d'attaques d'hystérie, et jamais aucun de ces mille petits symptômes qui font prévoir le développement de l'hystérie. Son caractère était uniforme. Cependant, un jour, à la suite d'une violente émotion, elle devint très rapidement paralysée des deux membres inférieurs. Ce fut l'affaire d'une journée, et quand M. Sée la vit, elle était paraplégique depuis déjà dix-huit mois.

Les muscles seuls des membres inférieurs étaient paralysés, et ils l'étaient complètement. Cette intéressante jeune fille gardait tout à fait le lit, car il lui était de toute impossibilité d'imprimer même le plus léger mouvement à l'un de ses orteils.

Les fonctions de la vessie et du rectum s'accomplissaient régulièrement.

La nutrition des membres inférieurs n'avait pas souffert.

Les muscles de la jambe et de la cuisse étaient bien conservés et les contours arrondis.

Jamais chez cette malade on n'avait observé de troubles de la sensibilité, et M. Sée n'en avait jamais trouvé. Il a constaté aussi la parfaite conservation de la contractilité électro-musculaire.

Cette jeune fille était encore fraîche et rose, bien qu'un peu pâle et légèrement chloro-anémique, ainsi que le prouvait l'existence d'un léger souffle à la base du cœur et dans les gros vaisseaux.

Tous les remèdes avaient été tentés sur elle sans aucun résultat ; on l'avait soumise successivement au fer et à l'hydrothérapie, aux révulsifs appliqués le long de la colonne vertébrale, à l'électrisation.

Enfin, M. Sée eut l'idée de commander une neuvaine, faite avec solennité dans l'intérieur de la communauté.

L'esprit de cette jeune fille fut fortement impressionné et s'ouvrit à l'espérance.

Elle guérit subitement avant même que la neuvaine fût expirée.

TRAITEMENT

Le traitement rationnel des paralysies hystériques doit s'adresser à la fois aux troubles moteurs et à l'état morbide du système nerveux, qui les tient sous sa dépendance.

On devra tout d'abord s'attaquer à la maladie première et à toutes les causes en particulier qui ont pu provoquer des crises d'hystérie ou simplement donner lieu à l'état nerveux. Toute affection utérine ou de ses annexes doit être soigneusement combattue par les moyens appropriés.

Les préparations de fer, la vie à la campagne, seront très utiles pour faire cesser la chloro-anémie.

Parmi les médications qui donnent les meilleurs résultats, nous citerons l'hydrothérapie, qui peut être employée sous forme de bains tièdes prolongés chez les malades qui ont des attaques convulsives violentes et fréquentes, ou sous forme d'affusions froides dans les formes torpides.

Dans un travail récent du Dr Bélugou sur les *Indications des eaux de Lamalou* (Hérault) *dans le traitement des névroses*, nous trouvons signalés quelques succès de l'emploi de ces bains chauds. Passant aux manifestations de l'hystérie, dont la permanence exige un traitement continu, dit-il, et qui seules lui ont paru ressortir des eaux de Lamalou, il aborde les paralysies hystériques, très fréquentes à Lamalou, où elles obtiennent d'importantes améliorations. Trois observations choisies parmi les plus probantes de sa prati-

que justifient pleinement l'emploi des piscines chaudes et des manœuvres hydrothérapiques. C'est au traitement balnéaire plutôt qu'au traitement moral qu'il faut faire honneur des résultats obtenus.

Parmi les agents pharmaceutiques, les plus efficaces sont : le bromure de potassium à doses croissantes, et l'arsenic sous forme d'arséniate de fer ou d'une eau arsenicale chlorurée sodique, comme celle de la Bourboule ou du Mont-Dore.

La valériane, le castoréum, le musc, l'asa fætida, l'oxyde de zinc, ainsi que le camphre, le succin et une grande partie des stimulants diffusibles seront utilement administrés suivant les cas.

Les moyens généraux ont certainement une grande influence sur les paralysies, mais il importe de s'adresser directement à elles.

Thorn, considérant la paralysie comme le résultat d'une congestion générale ou localisée de la moelle, cherchait à la combattre par des vésicatoires et des sangsues.

Briquet recommandait également les sangsues. On a essayé encore le seigle ergoté, les pilules Méglin (jusquiame, valériane, oxyde de zinc, 0,05 de chaque).

Dans la *médication locale* rentrent les frictions, surtout avec l'huile de croton, les liniments ammoniacaux et le baume de Fioraventi, les sinapismes, les moxas, l'acupuncture, et enfin le meilleur moyen de tous, l'électricité.

L'agent le plus puissant est la faradisation. Leroy (d'Etiolles) l'a employée seule neuf fois, et deux fois associée à la strychnine ; il n'a eu qu'un insuccès.

La faradisation musculaire à intermittences rapides convient le mieux au traitement des paralysies ; un grand nombre de malades ne peuvent supporter les intermittences rapides, quelque faible que soit le courant. Duchesne

(de Boulogne) préférait commencer par des courants peu forts, dont les intermittences soient assez éloignées les unes des autres, et d'augmenter graduellement à mesure que le malade s'habitue à la force du courant et au nombre des intermittences.

Il faut électriser chacun des muscles, ainsi que les troncs nerveux et les points de la peau qui correspondent aux surfaces musculaires ; dans bien des cas, il a suffi d'une simple faradisation cutanée pour amener la guérison de paralysies de la motilité et de la sensibilité.

Les réophores doivent être très humides pour que la faradisation soit portée jusqu'aux muscles et n'agisse pas seulement sur la peau.

Quand la guérison a été obtenue, il est utile de faradiser de temps en temps les muscles précédemment paralysés. Les nouveaux accès, comme l'a remarqué Gendrin, tendent en effet à amener une rechute.

Onimus et Legros, partant du principe que ces akinésies sont toujours dues à une cause générale et que ce sont les centres et non les nerfs périphériques qui sont atteints, préfèrent les *courants continus* aux courants induits, ces derniers n'ayant d'influence sur les centres que par l'électrisation cutanée.

Les courants continus sont préférables dans les cas où la paralysie est accompagnée de crises nerveuses. Duchenne (de Boulogne) conseillait la galvanisation descendante ; on place le pôle positif sur la partie supérieure de la moelle et le pôle négatif dans un bain où mouillent les pieds du malade.

Sauvage, dans *The Lancet* (1868) est arrivé aux mêmes conclusions :

« Généralement, dit-il, on obtient de bons effets des courants continus produits par une batterie d'un grand

nombre d'éléments de Bunsen ou de Daniel à faible tension. On discute s'il vaut mieux appliquer directement le courant sur la colonne vertébrale, comme le veut Remacke, ou s'il vaut mieux le faire agir indirectement sur les centres nerveux par conductibilité des nerfs de la peau. La dernière opinion est celle du docteur Althaus, qui pense que la résistance offerte par les os et les membranes d'enveloppe des centres nerveux est trop considérable pour être traversée par un courant comme ceux qu'il est possible d'employer sur le vivant. Mais la théorie des actions réflexes suffit à expliquer l'action thérapeutique et physiologique du courant continu. »

En France, on conseille d'employer les courants interrompus quand la paralysie est limitée depuis longtemps dans certaines régions.

Duchenne les préconise encore dans quelques cas de contractures, mais l'électrisation doit porter sur les antagonistes des muscles contracturés.

Si l'électrisation doit réussir, il se produit une amélioration dès les premières séances. Duchenne a obtenu des guérisons en une seule séance.

On doit varier l'emploi de l'électricité si on n'obtient pas de résultats sensibles.

Ainsi que nous avons pu l'observer nous-même, M. le professeur agrégé Regimbeau emploie avec succès l'électricité statique. Trois fois par semaine, il réunit les malades chez lui et les fait placer de dix minutes à demi-heure sur un tabouret isolé, qu'il met en communication avec la machine. Souvent le tabouret seul suffit. Ce n'est qu'avec prudence qu'il faut tirer les étincelles.

Ce mode d'application de l'électricité donne habituellement d'excellents résultats dans les troubles hystériques,

et en particulier dans les paralysies. On doit cependant de bons succès aux courants continus.

Enfin, un moyen de traitement que le médecin ne doit pas négliger, surtout chez les hystériques, c'est le *traitement moral* ; sans doute, il ne faut pas en abuser comme des meilleures choses, et on ne devra pas non plus trop compter sur son efficacité ; mais il est utile de donner bon espoir au malade, de lui promettre sa guérison et de chercher à l'impressionner par tous les moyens possibles.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Les paralysies, c'est-à-dire l'abolition plus ou moins complète de la contractilité des muscles volontaires, depuis le simple affaiblissement des membres jusqu'à leur résolution complète, sont des manifestations fréquentes de l'hystérie.

Portant habituellement sur un côté du corps, le côté gauche, elles peuvent atteindre les deux membres inférieurs et les quatres membres.

Les faits cliniques de paralysie hystérique étaient connus depuis Hippocrate, mais n'ont été véritablement étudiés que dans ces dernières années. Deux observations que nous avons pu recueillir nous permettront d'apporter quelques éléments à cette étude.

L'étiologie est la même que celle de l'hystérie ; certaines causes paraissent plus particulièrement liées à l'apparition des paralysies hystériques. Ainsi, ce sont surtout les femmes qui, dans la période d'activité sexuelle, réalisent plus particulièrement ces troubles nerveux.

Les auteurs sont encore loin de s'entendre sur la pathogénie de ces accidents ; de nombreuses hypothèses ont été

émises à ce sujet, les uns les considérant comme des troubles nerveux d'origine centrale, d'autres comme périphériques. Rien de certain n'est encore connu ; les autopsies assez nombreuses qui ont été faites n'ont pu apporter le moindre éclaircissement; il n'y a pas en effet d'altérations pathologiques spéciales auxquelles on puisse rattacher les paralysies hystériques.

La symptomatologie présente des caractères particuliers. C'est habituellement à la suite de crises hystériques qu'on voit les paralysies se manifester. Elles peuvent se faire brusquement, mais il n'y a pas véritable perte de connaissance. Si elles s'établissent lentement, elles sont généralement progressives, envahissent un membre, puis un autre, et ainsi de suite. Les troubles de la motilité peuvent présenter des degrés divers, depuis l'abolition complète des mouvements jusqu'à un simple affaiblissement. Dans les membres paralysés on constate un abaissement de température ; les mouvements réflexes sont diminués ; la contractilité électro-musculaire, habituellement conservée, peut être affaiblie.

Presque tous les auteurs que nous avons consultés signalent l'absence de troubles trophiques des muscles dans les paralysies hystériques. Dans le fait soumis à notre observation, nous avons constaté une notable diminution de volume des masses musculaires.

L'anesthésie coïncide presque toujours avec la paralysie, mais il est des cas où elle peut manquer.

Après une durée plus ou moins longue de quelques mois à deux ans, les paralysies hystériques guérissent, tantôt brusquement, ainsi à la suite d'une impression morale, vive, tantôt graduellement.

Le diagnostic est en général facile, mais il peut présenter dans certains cas de grandes difficultés. Si la paralysie

se manifeste chez une jeune fille franchement hystérique, ayant présenté des attaques très nettes, tout portera à attribuer ces troubles moteurs à l'état hystérique. Mais bien des causes d'erreur peuvent exister. L'anesthésie, si fréquente dans l'hystérie qu'elle la caractérise en quelque sorte, peut faire défaut.

La réaction électrique des muscles, sur la conservation de laquelle on compte beaucoup pour caractériser les paralysies hystériques, n'existe pas toujours ; il en est ainsi au début de l'observation que nous présentons.

Les paralysies hystériques peuvent encore être confondues avec les paralysies d'origine cérébrale ou liées à des lésions de la moelle, et surtout avec les paralysies de natures diverses, qui n'ont pas elles aussi de lésions organiques.

Le pronostic pris en général est favorable, les complications seules viennent le modifier.

Le traitement rationnel des paralysies hystériques doit être à la fois général et local, c'est-à-dire qu'il faut s'adresser en même temps à la névrose et aux troubles moteurs qui en résultent. Contre la première, on emploiera avec avantage les toniques sous toutes les formes (préparation de fer, vie à la campagne, bonne alimentation).

L'hydrothérapie habilement dirigée donnera également de bons résultats. Les antispasmodiques et une grande partie des stimulants diffusibles seront utilement administrés.

Dans la médication locale, nous retrouvons l'hydrothérapie, surtout les douches. Les frictions stimulantes sont aussi très utiles. Mais le moyen le plus puissant est l'électrisation. La faradisation musculaire à intermittences rapides convient le mieux au début ; il faut électriser chacun des muscles.

Onimus et Legros préfèrent les courants continus. M. le

professeur agrégé Regimbeau emploie avec succès l'électricité statique suivie de courants interrompus.

Enfin, en dernier lieu, on ne doit pas négliger le traitement moral, qui donne parfois à lui seul de très bons effets.

Vu :
Le Président-Censeur,
CAVALIER.

Vu bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Maccario, 1884. — De la paralysie hystérique. (Annales médico-psychologiques, 1844, t. III, p. 62.)

Mesnet, 1852. — Etude des paralysies hystériques. (Thèse de Paris, 1852.)

Briquet, 1859. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. (Paris, 1859.)

Duchenne (de Boulogne), 1872. — Electrisation localisée, affections musculaires hystériques, p. 3 et suiv., 3 édit. (Paris, 1872.)

Charcot, 1872. — Leçon sur la paralysie et la contracture hystériques.

Samclair, 1879. — Contribution à l'étude de la pathogénie des paralysies.

Bermutz, 1874. — Article hystérie. (Dictionnaire de Jaccoud.)

Lejamptel, 1872. — Paralysie musculaire de nature hystérique. (Thèse de Paris, 1872, n° 233, t. XI.)

Cabantous, 1873. —Essai d'une classification des paralysies. (Thèse de Montpellier, 1873, t. IV, n° 41.)

Coronel, 1873. — Hémiplégie hystérique. (Thèse de Paris, 1873, n° 203, t. VI.)

Binet de Jassonneix, 1873. — Hémiplégie hystérique. (Thèse de Paris, 1873, n° 47, t. III.)

Reignier, 1874.—Etude sur la paralysie musculaire dans l'hystérie. (Thèse de Paris, 1874, n° 51, t. XIV.)

Martin, 1876. —Des troubles de l'appareil vaso-moteur dans l'hystérie. (Thèse de Paris, 1876, n° 6, t. XV.)

Chevalier, 1877. — Etude clinique sur les paralysies hystériques des quatre membres. (Thèse de Paris, 1877, n° 424.)

Colombet, 1880. — Paraplégie gravidique. (Thèse de Paris, 1880, n° 150.)

Huchard, 1881.— Paraplégie hystérique sans anesthésie. (Thèse de Paris, 1881, n° 44, t. XI.)

Charcot, 1883. — Monoplégie du bras et de la jambe de nature hystérique. (Gaz. des hôpitaux, 11 déc. 1883.)

Charcot, 1884.— Hémiplégie hystérique.(Progrès médical, 15 mars 1884.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !